FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° 173

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre PARER

Né le 10 avril 1896, à La Roque-des-Albères (Pyrénées-Orientales)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PROCIDENCES DU CORDON

President : M. BRINDEAU, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^ie^, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555811_0025

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre PARER

Né le 10 avril 1896, à La Roque-des-Albères
(Pyrénées-Orientales)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PROCIDENCES DU CORDON

Président : M. BRINDEAU, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expériment[le]
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.
LÉRI . . . . . Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. . . . . Stomatologie.
CHAILLEY-BERT . . . . . . Education physique
LEDOUX-LEBARD . . . . . Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ. . . . . . . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MA FILLEULE

A MON NEVEU

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

1920. Monsieur le Professeur TIXIER
1921. Monsieur le Professeur CADE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1922. Monsieur le Professeur MAUCLAIR
1923. Monsieur le Professeur GUILLAIN
1924. Monsieur le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE
1925. Monsieur le Professeur Fernand WIDAL *(in memoriam)*

F. F. INTERNE DES ASILES A MOISSELLES

1925-1927. Monsieur le Docteur GENIL-PERRIN
Médecin des Asiles de la Seine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MARCEL METZGER

Dont l'enseignement nous a été d'un grand secours et dont les idées nous ont inspiré dans la rédaction de ce modeste travail.

AU DOCTEUR RENÉ LE PAGE

Chirurgien de l'Hôpital d'Orléans

Qui a bien voulu nous soutenir de son expérience et nous guider de ses conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PROCIDENCES DU CORDON

I. — Généralités

La descente de la tige funiculaire au-devant de la présentation constitue un accident relativement peu fréquent mais toujours sérieux.

C'est en effet un accident bien souvent imprévisible, survenant brutalement, à l'improviste, surprenant le praticien qui doit y parer par un traitement d'urgence, car d'emblée et rapidement la vie de l'enfant est compromise.

Or, l'urgence même du traitement d'une part, et d'autre part les manœuvres délicates qu'il est classique d'opposer aux Procidences du Cordon font que pratiquement on risque de plus de compromettre la santé de la mère, surtout en clientèle, lorsqu'on se trouve un peu éloigné d'un centre chirurgical.

M'inspirant de certains travaux modernes et en particulier de ceux de M. le Professeur Agrégé Marcel

Metzger, j'ai étudié une méthode simple de traitement ne nécessitant qu'un minimum d'appareillage et qui m'a donné d'excellents résultats.

Je vais donc exposer par quel processus j'ai été conduit à l'application de cette méthode.

II. — Plan.

Pour cela, je vais reprendre l'étude de l'histologie et de la physiologie du cordon, puis les causes et l'aspect clinique des procidences en critiquant les théories classiques qui font de la compression du cordon la cause majeure des dangers que court le fœtus ; enfin après avoir envisagé les différents traitements classiques, j'exposerai la Méthode que j'ai employée jusqu'ici avec succès.

III. — Description et étude physiologique du cordon.

Lorsqu'il vient d'être extériorisé, c'est-à-dire, lorsqu'il est encore vivant, le cordon est un organe de 50 à 60 centimètres environ en moyenne, de coloration bleuâtre, de consistance élastique, donnant l'impression d'être plein, tendu, animé de battements, glissant facilement entre les doigts ; il est chaud et

quand on le coupe il laisse s'écouler, outre du sang en abondance, un liquide visqueux d'œdème.

Cet aspect change bientôt, peu de temps après l'expulsion du fœtus, en cinq minutes environ, le cordon meurt, ce n'est plus qu'une cordelière molle et froide, d'un blanc jaunâtre, qui ne bat plus et ne contient presque plus de liquide.

Histologiquement sur une coupe.

Le cordon est entouré d'une membrane, l'amnios, qui en forme la paroi. Au centre la veine est flanquée des deux artères funiculaires qui s'enroulent autour d'elle, tous ces vaisseaux étant noyés dans la gélatine de Wharton.

On remarque en outre une sorte de charpente fibreuse, protégeant les vaisseaux et qui donne au cordon vivant sa résistance élastique.

Physiologiquement, il est facile de démontrer que le cordon se nourrit par une imbibition aux dépens des liquides ambiants. Si en effet, on laisse tremper le cordon vivant dans du sérum chaud il garde tous ses caractères, dès qu'on le laisse à l'air il meurt.

On pouvait d'ailleurs prévoir ce mode de nutrition du cordon puisqu'aucun des vaisseaux funiculaires ne donne de collatéraux.

De cette double étude histologique et physiologique, on doit retenir trois éléments :

1º Le cordon vivant glisse facilement.

2° Sa charpente fibreuse oppose une certaine résistance à la compression.

3° Il se nourrit par imbibition.

IV. Causes des procidences du cordon.

Nous n'insisterons pas sur les différentes variétés anatomiques de Procidence ; cependant à côté de la Procidence vraie repondant à la définition que nous avons donnée, nous devons signaler le Procubitus dans lequel le cordon se présente juste au-dessous des membranes encore intactes et la Latérocidence dans laquelle une anse du cordon est interposée entre la paroi pelvienne et la présentation.

Si nous considérons la situation normale du cordon, il est facile de voir qu'il est pelotonné juste au-devant de l'abdomen du fœtus qui, bien incurvé, semble le maintenir de ses quatre membres fléchis.

La présentation est de plus solidement maintenue par le segment inférieur qui s'applique tellement étroitement sur elle, que le cordon ne peut normalement s'échapper ; mais si le segment inférieur ne se moule pas exactement sur la présentation, le cordon pourra, par l'espace qui s'offrira, glisser facilement ; donc la condition primordiale pour que la procidence puisse se produire c'est que l'accommodation phy-

siologique cesse d'être parfaite entre le segment inférieur et la présentation.

Or nombreuses sont les causes qui gênent cette accommodation.

Citons brièvement :

A. *Les causes qui dépendent des différentes parties de l'œuf lui-même.*

En particulier :

Les mauvaises présentations du fœtus : face, siège et surtout épaules (Dans la présentation de l'épaule, en effet, aucune grosse partie fœtale ne bouche le segment inférieur et le cordon se trouve directement au-dessus du segment vide prêt à se laisser entraîner par un écoulement trop violent du liquide amniotique).

La petitesse du fœtus.

Les malformations (encéphalocèle, etc.).

La gémellaire dans laquelle deux extrémités juxtaposées peuvent laisser entre elles un espace libre.

La procidence d'un membre, qui classiquement est plus favorable, puisque dans une certaine mesure elle protège le cordon et l'empêche d'être comprimé.

L'hydramnios dans laquelle la procidence peut exister déjà avant la rupture des membranes ou ne se produire qu'à leur rupture, le cordon étant alors entraîné par les eaux qui s'échappent en abondance.

La longueur exagérée du cordon ou bien encore la présence de nœuds ou de tumeurs qui l'alourdissent.

Son insertion vicieuse sur le placenta, marginale basse, par exemple, qui le rapproche de l'orifice utérin, tandis que le placenta lui-même inséré bas empêche l'engagement de la présentation.

B. *Du côté maternel*, il faut retenir :

La multiparité qui favorise la flaccidité du segment inférieur.

Les rétrécissements du bassin, qui retardent et gênent l'engagement en maintenant la présentation élevée et mobile.

Les tumeurs du petit bassin, fibromes utérins, kystes de l'ovaire, etc...

Nous devons enfin noter certaines procidences que pourrait produire une manœuvre de l'accoucheur lui-même, par exemple : au cours d'une version par manœuvres internes, d'un forceps, ou bien au cours d'une rupture artificielle des membranes ; et là on peut faire une véritable prophylaxie de la procidence : d'une part en n'ouvrant la poche des eaux qu'en dehors de toute contraction utérine et d'autre part en s'opposant à l'évacuation trop rapide du liquide.

On voit donc combien nombreuses sont les causes, souvent d'ailleurs on les rencontre associées.

Lorsque le prolapsus du cordon s'est produit, il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic : c'est le toucher vaginal, à moins bien entendu que le cordon n'arrive déjà à la vulve.

Or, on peut noter deux faits : dans la grande majo-

rité des cas, si les bruits du cœur du fœtus sont perçus à l'auscultation le cordon bat, tout au moins au début, bien entendu. De plus, on peut constater, dans une présentation du sommet par exemple, que le cordon fait hernie le plus souvent au niveau des sinus sacro-iliaques, c'est-à-dire précisément à l'endroit où existe toujours un petit espace, si bien qu'il ne pourra pas être pincé entre la présentation et la paroi rigide du bassin.

Etudions, maintenant, les effets de la procidence :

Classiquement, le fœtus meurt par suite de l'interruption de la circulation fœto-placentaire que cause la compression du cordon. Certains auteurs allant plus loin ont voulu distinguer deux mécanismes :

L'un dû à la seule compression de la veine : l'arrivée du sang placentaire cesse, et le fœtus meurt de la syncope que cause l'anémie.

L'autre dû à la compression des artères uniquement, la mort serait alors la conséquence d'une véritable pléthore.

Ces accidents apparaissent lorsque la procidence se prolonge au delà de quelques minutes, un quart d'heure environ.

Telle est la théorie classique. Déjà elle ne paraissait pas satisfaire tous les auteurs : Velpeau et Guillemot (cités par Cazeaux) admettent la « gêne » de la circulation placentaire par suite de la compression du cordon, mais son « arrêt » serait dû à la perte de la

fluidité du sang du cordon et même à la formation de caillots obturant les vaisseaux, phénomènes qui résulteraient du refroidissement du cordon et de sa soustraction au milieu ambiant.

Certains auteurs modernes avec M. Metzger ont proposé une autre explication ; voulant bien admettre que la mort du fœtus était causée par l'interruption de la circulation fœto-placentaire, ils n'admettent la compression que comme une cause accessoire et bien peu fréquente de cette interruption, la vraie cause étant la mort du cordon, qui est brutalement soustrait au milieu nécessaire à son existence.

Voilà donc deux opinions bien distinctes qui conduisent logiquement à deux conceptions toute différentes du traitement des procidences du cordon.

V. — **Critique de la théorie classique.**

Quand on examine impartialement les faits, on est surpris de trouver certains arguments de valeur contre la théorie de la mort par compression du cordon.

A côté des deux premiers faits que nous avons signalés précédemment :

— la perception des battements du cordon procident tant que l'enfant est vivant,

— la place de la hernie du cordon qu'on trouve

le plus souvent au niveau d'un espace où il a le moins de chance d'être comprimé entre le fœtus et le squelette.

nous devons en citer d'autres :

Tout d'abord la pression relativement forte qu'il faut produire pour arrêter la circulation dans le cordon, et cela à cause même, semble-t-il, de l'architecture de cet organe.

De plus, dans certaines présentations très mobiles, présentation de l'épaule par exemple, ou bien encore lorsque la procidence d'un membre « empêche dans une certaine mesure la compression », le cordon n'est pas comprimé, il meurt et avec lui cesse la circulation fœto-placentaire.

Enfin et surtout contre l'idée de compression énergique, nous devons élever une dernière objection, celle-là vraiment clinique :

C'est la relative aisance que l'on a pour réduire une procidence même assez considérable et la désespérante facilité avec laquelle elle se reproduit. Combien de fois pratiquement, on constate en réduisant la hernie du cordon qu'à chaque tentative la procidence augmente ! Cette difficulté même explique la multiplicité des méthodes et des instruments que l'on a proposés.

Il existe donc un véritable illogisme entre ces deux faits que les auteurs classiques admettent :

D'une part, la compression suffisamment considé-

rable pour arrêter la circulation fœto-placentaire.

D'autre part, la nécessité de réduire très complètement la procidence « en portant la main jusqu'au fond de l'utérus pour y refouler l'anse abaissée » comme dit Cazeaux, image que n'évoque pas du tout l'idée d'une compression bien active.

Sur certains points donc la manière de voir des Classiques me semblait en défaut. Il me fallait donc, logiquement pour comparer les deux théories que j'ai mises en présence, avoir encore un moyen de les opposer. C'est ce que j'ai fait en comparant à la fois les Classiques et leurs résultats et le Traitement proposé par M. Metzger déduit uniquement de l'étude de la Physiologie du cordon.

VI. — **Traitements des procidences.**

Nous allons passer brièvement sur un cas particulier de beaucoup le moins intéressant, puisque la thérapeutique est sans action.

Premier cas : le Fœtus est mort.

Si les membranes sont intactes, il faut attendre l'expulsion spontanée.

Si les membranes sont rompues, réséquer la portion du cordon qui peut pendre à la vulve pour éviter l'infection toujours possible de la mère.

Deuxième cas : L'enfant est vivant.

Le praticien doit avoir alors un double but :

Sauver l'enfant.

Protéger la mère contre tout risque d'infection.

Pratiquement on peut dire qu'on a d'autant plus de chance de réaliser ce double idéal que l'on fait moins de manœuvres.

La prudence et la patience restent plus que jamais les qualités indispensables au succès.

Traitement prophylactique.

Rappelons donc que dans certains cas, si l'on peut rompre artificiellement la poche des eaux, lorsqu'on peut craindre une procidence, on doit pratiquer une véritable prophylaxie de l'accident.

Non pas lorsque la poche des eaux est plate : « J'aime les eaux plates » (M. de la Chapelle), mais lorsqu'elle bombe nettement, on doit agir avec prudence.

Sa rupture doit être réalisée avec la branche d'une pince de Kocher. On fait un orifice ponctiforme et de plus on obture avec la main l'orifice vulvaire, de manière à ne laisser s'écouler qu'un mince filet de liquide.

Traitement proprement dit.

Mais lorsqu'on constate la procidence, deux cas se présentent :

I. Procubitus. — Ou bien c'est un procubitus.

L'œuf est alors intact, on sent battre le cordon à travers la poche des eaux.

Si la dilatation est complète, il faut rompre les membranes.

A partir de ce moment on a tout intérêt à terminer l'accouchement au plus vite, si la femme a de bonnes douleurs qu'on peut au besoin renforcer par un peu d'hypophyse, on peut espérer que l'accouchement se terminera rapidement.

Si l'expulsion tarde à se produire, on fera suivant les cas :

une version (si la tête est mobile),
un forceps (si la tête est fixe).

Lorsque la dilatation est incomplète, il faut attendre le plus possible qu'elle se complète et agir comme précédemment. Sinon, lorsque la rupture spontanée des membranes survient précocement on retombe dans un cas que nous allons étudier.

II. Procidence vraie. — L'œuf est ouvert, la hernie du cordon est plus ou moins considérable.

A. *La dilatation est complète* ; on suit la technique déjà étudiée pour le procubitus.

Mais lorsque la dilatation est incomplète deux modes de traitement s'affrontent.

B. *La dilatation est incomplète. L'enfant est vivant.* C'est dans ce cas qu'il est le plus difficile de déterminer la conduite à suivre et c'est aussi, par conséquent, dans ce cas, que l'on trouve le plus de procédés à appliquer.

1° *Les Classiques* ont préconisé divers procédés, procédés véritablement de fortune, faisant courir des risques d'infection à la mère et laissant très compromise la vie du fœtus, puisque Schulter accuse une mortalité d'environ 20 %.

Tout d'abord les accoucheurs se sont ingéniés à refouler le cordon dans l'utérus avec la main.

La réduction devait le refouler au delà du segment inférieur et pour éviter la reproduction, en général quasi immédiate de la procidence, on a pu proposer (M. Guillemot) de l'enrouler autour d'un membre du fœtus.

C'est en arrière, au niveau des sinus sacro-iliaques que l'on refoulera avec le plus de facilité le cordon, en se servant de la main de nom contraire à celui du côté où l'on se trouve.

Cazeaux conseille de bien refouler le cordon jusqu'au fond de l'utérus et d'attendre une contraction pour retirer la main ou même parfois de laisser la main *in utero* jusqu'à dilatation complète (Cazeaux-Budin).

Quoi qu'il en soit, ces procédés n'avaient que médiocrement satisfait la plupart des accoucheurs, d'autant que bien souvent la dilatation est insuffisante pour livrer passage à la main — aussi a-t-on inventé de nombreux instruments rétropulseurs du cordon procident.

Les uns sont rigides et dangereux à manier :

La fourche de Burton.

La lyre d'Hyernaux.

La pince de Schoeller faite avec baleines et modifiée par Tarnier qui y adjoint un fil de soie pour dégager le cordon de la pince et éviter de le ramener, en retirant l'instrument.

Les autres sont souples et fabriqués extemporanément à l'aide de sondes en gomme.

Dudan se servait d'un catheter élastique avec un mandrin et un lac dont la boucle entourait le cordon et le mandrin au niveau de l'œil de la sonde.

Très séduisant en principe, ce procédé n'empêchait pas la fréquence des récidives, pas plus d'ailleurs que les procédés dérivés :

de Braun,

du Professeur Bar.

On a voulu adjoindre à ces procédés la dilatation artificielle, mais outre qu'elle n'est réalisable que chez les multipares (par l'excitateur de Tarnier ou la manœuvre de Bonnaire et non par un ballon qui com-

primerait le cordon), elle expose à l'infection et est souvent inopérante.

La manœuvre de Braxton-Hicks enfin est très fœticide.

2° Certains accoucheurs conseillent de terminer l'accouchement au plus vite par des procédés chirurgicaux :

incision du col avec forceps ou version,
césarienne vaginale,
césarienne abdominale.

Selon le degré de la dilatation.

C'est là évidemment une méthode de choix, mais qui sera réservée aux femmes se trouvant dans d'excellentes conditions à proximité d'un centre chirurgical.

3° Mais nous avons surtout en vue une méthode pratique, utilisable sans aucune aide spécialisée et dans les plus mauvaises conditions : soit à la campagne.

Nous nous sommes d'ailleurs bornés à mettre en pratique le procédé préconisé par M. le Professeur Agrégé Metzger dans son *Précis d'obstétrique* et ses cours.

Nous laissons la femme dans son lit, dont nous soulevons de 30 centimètres environ les pieds antérieurs à l'aide de briques.

Après avoir soigneusement ébarbé la région vulvaire, puis l'avoir selon la sensibilité de la femme,

iodée ou savonnée, nous plaçons le siège sur un bassin plat. Nous introduisons ensuite dans le vagin une canule de porcelaine à double courant, préalablement bouillie et d'un modèle courant, que nous fixons à l'aide de bandes de toile formant soit un X, soit un bandage en T.

Après avoir fait bouillir un bock en émail et une tubulure en caoutchouc, nous y versons environ deux litres d'eau bouillie tiède à 38° environ, dans laquelle nous avons mis, avant l'ébullition, environ une cuillerée à soupe de sel.

Nous adaptons alors le tuyau à la canule vaginale en ayant soin de placer sur le circuit de caoutchouc un dispositif de goutte à goutte de Murphy, ou faute de mieux une pince de Kocher qui oblitère presque complètement la lumière du tuyau, ne laissant écouler le liquide que goutte à goutte.

Il ne reste qu'à maintenir le sérum chaud, en y versant de temps à autre du liquide salé, à température convenable, et en entourant le bock de linges chauds renouvelés.

Le vagin est assez vite rempli de sérum, puis celui-ci s'écoule lentement dans le bassin, au fur et à mesure de l'afflux de liquide frais, mais dans l'ensemble en ne laissant couler qu'un goutte à goutte très lent ; il ne faut que des quantités très modérées de sérum physiologique, trois litres à l'heure environ.

Cette méthode qui ne nous a donné que de bons

résultats, ainsi que le prouvent les deux observations qui suivent, nous a semblé hâter le travail et les contractions, peut-être par suite de la présence du corps étranger.

Le plus rarement possible on enlèvera la canule, afin de pouvoir apprécier la dilatation.

Enfin, dès que celle-ci est complète, on laisse l'accouchement se terminer seul, si l'expulsion semble devoir être rapide. Dans le cas contraire, en se laissant guider par la situation, nous pratiquons un forceps ou une version.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Marie M..., 27 ans, II-pare.

En avril 1929, pendant un remplacement à Aigurande (Indre), nous sommes appelés à 8 heures du soir dans une ferme « pour un accouchement ».

La femme, que nous voyons pour la première fois, nous apprend qu'elle a déjà eu, 3 ans auparavant, un enfant qui s'est présenté par le siège. L'accouchement, long et laborieux, s'est terminé cependant sans intervention.

Les premières douleurs ont commencé vers 4 heures de l'après-midi, et la poche des eaux venait de se rompre spontanément au moment de notre arrivée.

A la palpation, nous constatons une présentation du siège. Le dos est à gauche. La présentation est engagée.

A l'auscultation, le cœur fœtal bat à 100 pulsations à la minute. Les bruits sont réguliers, mais légèrement assourdis.

Au toucher la dilatation est à petite paume. Il existe une procidence du cordon partant sur 15 cmc. environ. Le cordon est animé de battements assez lents, et en reti-

rant notre main nous constatons un écoulement de méconium.

Devant ces signes manifestes de souffrance du fœtus et ne voulant, peut-être par inexpérience, nous livrer à aucune manœuvre pouvant faire courir un risque à la mère, nous plaçons d'emblée notre dispositif d'irrigation continue au sérum tiède, en nous servant de la canule en verre de type ordinaire, n'en ayant pas d'autre à notre disposition.

Au bout de quelques minutes, les bruits du cœur fœtal semblent s'améliorer (110 à la minute) tandis que les douleurs se rapprochent.

Nous pratiquons à ce moment un deuxième toucher. La dilatation est complète, et la présentation commence à faire bomber le périnée.

Pour la troisième fois nous remplissons notre bock de sérum tiède.

Les douleurs deviennent bientôt subintrantes. Nous enlevons vivement la canule, et dix minutes après, sans que nous ayons eu à intervenir, siège et troncs se dégagent. Nous hâtons la sortie de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau. Il s'est écoulé deux heures depuis notre arrivée.

L'enfant est cyanosé, en état de mort apparente. Nous enlevons au doigt entouré d'une compresse de nombreuses mucosités, et nous insufflons l'enfant qui au bout de 10 minutes d'efforts et d'inquiétude, se met à crier.

Au 3e et 4e jour, légère élévation de température (38°5). Nous pratiquons une injection quotidienne intra-

musculaire de septicémine et au 6e jour tout est rentré dans l'ordre.

Lever au 15e jour.

Dans ce cas, vu notre inexpérience, vu les conditions désastreuses au point de vue aseptie dans lesquelles nous nous trouvions, nous avons l'impression qu'en l'absence de notre irrigation, le cordon se serait desséché, entraînant la mort du fœtus.

OBSERVATION II

Mme Blanche C..., 24 ans, II-pare.

Transportée à la clinique chirurgicale le 10 octobre 1929, deux hémorragies survenues un mois auparavant faisant craindre un placenta prævia.

Serait à terme vers le 12 octobre.

A ressenti les premières douleurs vers 8 heures du matin, le 10 octobre.

A 11 h. 30 la dilatation est de 2 francs.

A ce moment se produit une légère hémorragie peu inquiétante, mais continue.

Vers 14 heures la dilatation est de 5 francs.

L'examen permet de constater que l'on se trouve en présence d'un sommet encore élevé. La poche des eaux bombe dans le vagin.

L'hémorragie continuant, quoique légère, on rompt la poche des eaux. Il s'écoule brutalement une grosse quantité de liquide entraînant une procidence du cordon que l'on essaie en vain de réduire.

D'emblée on installe une irrigation permanente continue au sérum artificiel tiédi à 38°.

Les battements du cordon sont perçus, mais assez lents, les bruits fœtaux restent bons.

Aussitôt la dilatation complète vers 18 heures, on termine par une application de forceps en O. I. D. P., sur une tête mal fléchie, en ménageant le cordon le plus possible, et on extrait un garçon de 3 kgr. 100, vivant, mais étonné, qui ne tarde pas à crier.

A ce moment une hémorragie abondante se produit, et on procède à une délivrance artificielle.

Les suites de couches furent marquées par une poussée fébrile pendant 4 jours. Par prudence la femme fut laissée au lit pendant 16 jours.

Là encore, nous croyons pouvoir affirmer que seule l'irrigation continue a assuré la survie de l'enfant.

CONCLUSIONS

La procidence du cordon, accident brutal et souvent imprévisible, nécessite un traitement d'urgence, la vie de l'enfant étant d'emblée rapidement compromise.

Basée sur la physiologie de la tige funiculaire, la méthode de l'irrigation continue au sérum tiédi sur le cordon repoussé et maintenu dans le vagin qu'a préconisé M. le Professeur agrégé Marcel Metzger, nous a séduit par sa conception et sa facilité d'application.

Dans les quelques cas où nous avons eu l'occasion de l'appliquer et de la voir appliquer, elle a donné de si bons résultats que nous avons cru pouvoir la décrire et la recommander autour de nous, car elle nous paraît devoir rendre les plus grands services aux médecins et plus particulièrement à ceux qui se trouveront loin de tout centre chirurgical et dans des circonstances souvent défectueuses, tant au point de vue assistance qu'au point de vue asepsie.

Nous croyons que ce procédé pourra à l'avenir amé-

liorer dans de très grandes proportions le pronostic fœtal jusqu'ici si sombre et si réservé de cet accident toujours imprévu et redoutable que constitue une procidence du cordon.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Tarnier et *Budin*. —

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.

Metzger (Marcel). — L'Accoucheur moderne.

— Leçons de la Clinique Tarnier du Jeudi soir, tome IV.

Brayma-Kanowski. — Contribution à l'étude des procidences du cordon. Thèse de Paris, 1910.

Gallot. — Rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences. Thèse de Paris, 1905.

Lepage. — Valeur clinique des battements du cordon procident (Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, tome XVII).

Pélisson (Louis). — Procidences méconnues du cordon ombilical. Thèse, 1889.

Schulter. — Zür Thérapie des Prolapsus funiculi. Halli, 1880.

Segeille. — A propos de l'observation de procidence du cordon dans les présentations du siège. Thèse Paris 1923.

Suzor. — Quelques notions sur la procidence du cordon (L'Hôpital, novembre 1928).

Brindeau (Professeur). — La pratique de l'Art des accouchements, 1927.

804. — Imp. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-20